

FAX : 0857-29-1578

鳥取県糖尿病療養指導士認定機構 行

令和4年度鳥取県糖尿病療養指導士認定試験

受験者用講習会受講申込書

（ふりがな） 氏名	（ ）	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
		性別	男・女	年齢	
職種					
勤務先施設名 （病院・診療所など）					
勤務先住所	〒 TEL () -				
e-mail					
自宅住所	〒 TEL () -				
連絡先	自宅 ・ 勤務先				
R元・2年度 受講の有無	受講した ・ 受講していない ↙ A ・ B ・ C 受講番号()				
備考					

※受講決定の方には、受講決定通知を郵送しますので、受講決定通知に記載された定められた期日までに、指定の口座に受講料を振り込んで下さい。振込手数料は受講者負担でお願い致します。
ただし、すでに振込み済の方は、免除となります。